



# **VNiVERSiDAD D SALAMANCA**

## **Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

**Titulación:**

**Grado en Enfermería**

## **TRABAJO FIN DE GRADO**

**Tipo de Trabajo:**

**Trabajo de carácter profesional**

**Título:**

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FAMILIAS DE  
POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS**

**Estudiante: M<sup>a</sup> Eugenia Félix Ramos**

**Tutor: Marcos González Díaz**

**Salamanca, 15 de enero de 2020**

# INDICE

Resumen.....	4
Glosario de Abreviaturas.....	4
Introducción.....	5
Objetivos.....	7
Desarrollo del tema.....	7
Conclusiones.....	14
Bibliografía.....	15
Anexos.....	17

*He aprendido que la gente olvidará lo que dijiste, la gente olvidará lo que hiciste,  
pero la gente nunca olvidará cómo les hiciste sentir. Maya Angelou*

## **RESUMEN**

El ingreso de un familiar en el hospital, supone una alteración en los procesos normales de una familia, máxime cuando éste se produce en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), al implicar que la situación de salud del ser querido puede ser crítica e incluso tener un fatal desenlace. La muerte de un paciente en UCI, en determinadas circunstancias, hace que se pueda plantear a la familia la posibilidad de la donación de órganos, por tanto es fundamental conocer las voluntades de nuestros seres queridos con el fin de facilitar cualquier toma de decisiones. En este trabajo se presenta un plan de cuidados estandarizado dirigido a la familia de un potencial donante de órganos durante su estancia en UCI para facilitar el proceso de donación. Tales momentos, aunque breves, conllevan una gran carga emocional que hacen que la enfermera de UCI deba contar con herramientas que le ayuden a saber hacer frente a este tipo de situaciones.

### **Palabras clave:**

UCI, enfermería, familia, potencial donante de órganos.

### **Glosario de Abreviaturas:**

- **HSA:** hemorragia subaracnoidea
- **ME:** muerte encefálica
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association (en español: Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería)
- **NIC:** Nursing Interventions Classification (en español: Clasificación de Intervenciones de Enfermería)
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification (en español: Clasificación de Resultados de Enfermería)
- **PDO:** potencial donante de órganos
- **TC:** tomografía computarizada
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

## 1.- INTRODUCCION

Se entiende por familia el grupo de individuos que vive bajo un mismo techo, comparte una historia en común, rasgos genéticos, estilo de vida, costumbres y creencias <sup>[1]</sup>. Se puede considerar como un sistema y, por tanto, reconocer que los factores que influyen en uno de sus miembros, afectan a todos los demás en mayor o menor grado <sup>[2]</sup>.

Cuando una persona ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la estructura familiar a la que pertenece se ve alterada, lo que provoca situaciones de angustia y un estrés elevado <sup>[3]</sup>. La perspectiva de un pronóstico infausto del ser querido, incrementa estas situaciones, especialmente cuando la evolución del paciente no es favorable, acompañado por tanto de malas noticias y, finalmente, la comunicación del fallecimiento del familiar.

La muerte de un paciente en UCI, ofrece la posibilidad de poder realizar un diagnóstico de muerte encefálica (ME). La muerte encefálica se define como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencéfalo<sup>[4]</sup>.

No todos los pacientes que fallecen en una UCI pueden ser donantes de órganos, es por eso que cuando se cumplen los requisitos necesarios para que un paciente pueda ser considerado como potencial donante, se extremen los esfuerzos para intentar conseguir donantes. Se considera potencial donante de órganos (PDO) a todo paciente fallecido en ME en ausencia de contraindicación absoluta a la donación <sup>[5]</sup> (Tabla 1).

Según el Real Decreto Español 1723/2012, por el que se regulan las actividades relacionadas con los órganos humanos destinados al trasplante, se accede a la familia para conocer la voluntad de la persona fallecida sobre la donación de sus propios órganos <sup>[6]</sup> cuando esta no ha dejado constancia escrita de ella. Esta situación es habitual en la cultura española, donde la familia tiene un papel fundamental en la ratificación de la voluntad del fallecido <sup>[7]</sup>.

La donación de órganos y tejidos es un acto de generosidad por el cual los donantes en vida o sus familiares, después de la muerte, ofrecen sus órganos para salvar o mejorar la calidad de vida a los pacientes con enfermedades irreversibles <sup>[8]</sup>. La solicitud de donación de órganos a una familia que acaba de ver morir a un ser querido, es un acto difícil y precisa que una serie de características por parte del entrevistador, entrevistados y entorno, tengan un perfecto engranaje para conseguir

que la familia entienda y acepte la extracción de órganos en el más triste y doloroso de los momentos y de los escenarios posibles <sup>[8]</sup>. Sería importante que todos manifestásemos en vida nuestra voluntad de donar, pues esto facilitaría la labor de los profesionales y confortaría a las familias en los momentos tan difíciles de la pérdida de un ser querido <sup>[8]</sup>.

En la entrevista familiar para la donación de órganos se intenta indagar acerca de la voluntad del fallecido con respecto a la donación de órganos. Es un factor clave para poder continuar con el proceso de donación y trasplante de órganos. El fin será conseguir donantes, pero siempre se respetará la voluntad del fallecido o de la familia en su defecto, siendo esta decisión libre y voluntaria. La entrevista con los familiares del posible donante requiere una metodología y una planificación específicas <sup>[5,9]</sup> (Figura 1). Durante la misma se resolverán todas las dudas que la familia pueda tener al respecto del proceso, destacando que la donación de órganos es un acto voluntario y altruista en el que se garantiza la confidencialidad, sin que se obtenga ningún tipo de compensación (gratuidad y ausencia de ánimo de lucro), manteniendo un trato de máximo respeto tanto al cuerpo del fallecido como hacia su familia.

Aceptada por la familia la donación de los órganos y/o tejidos de su ser querido fallecido, se inicia en la misma UCI el proceso del duelo, en espera de que les sea entregado el cuerpo tras la realización de la intervención quirúrgica de la extracción de órganos. Durante la estancia de la familia del PDO en la UCI, la actitud del personal sanitario debe ser seria, respetuosa y empática, se debe fomentar una escucha activa y eficaz, y respetar los silencios y los momentos en los que estén afligidos <sup>[5]</sup>.

Por todo lo anteriormente mencionado, existe necesidad por parte del personal de enfermería de contar con herramientas para enfrentar este tipo de situaciones <sup>[10]</sup>, pudiendo considerarse al plan de cuidados estandarizado como una de ellas. La enfermera debe atender a la familia del PDO de la manera más cordial y amable, facilitándoles visitar a su familiar y permanecer a su lado en la medida de lo posible y respondiéndoles a las dudas o preguntas que puedan exponer, demostrando comprensión hacia la situación que están atravesando <sup>[11]</sup>.

## **2.- OBJETIVOS**

### **2.1.- Objetivo principal:**

- Establecer un plan de cuidados dirigido a la familia del PDO durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos

### **2.2.- Objetivos secundarios:**

- Llegar a normalizar la expresión de sentimientos de los familiares ante uno de los momentos más dolorosos: la muerte de un ser querido.
- Identificar las situaciones en las que una familia puede necesitar apoyo.
- Lograr crear un clima durante la estancia del PDO en la UCI, en el que la familia se sienta respetada, intentando preservar su intimidad en el inicio del velatorio al familiar que acaba de fallecer.

## **3.- DESARROLLO DEL TEMA**

Para la descripción y desarrollo del plan de cuidados de enfermería, se utilizará un caso real para poder poner de manifiesto las necesidades que se pueden detectar en una familia de un PDO, durante el proceso de donación.

### **3.1.- Caso clínico**

En la tarde del 15 de noviembre de 2019, ingresa un varón de 58 años de edad en la Unidad de Cuidados Intensivos tras haber sufrido un súbito deterioro del nivel de conciencia. Se trata de un paciente en tratamiento con anticoagulantes orales (acenocumarol) por fibrilación auricular.

Durante esa mañana se había sentido con molestias, refiriendo una constante cefalea; al llegar del trabajo, no quiso comer por las molestias indicadas y se tumbó en la cama para dormir. Pasada 1 hora, la esposa va a ver como se encuentra y oye que tiene un extraño ronquido, intenta despertarle pero no puede. Llama a su hija, que vive en el piso de al lado, y avisan al 112. A la llegada del 112, se encuentran a un varón inconsciente con Glasgow de 5, por lo que proceden a intubación orotraqueal sin incidencias. Realizan traslado a centro de referencia. En el hospital se avisa al Servicio de Medicina Intensiva y se realiza una tomografía computarizada (TC), en el que se objetiva hemorragia subaracnoidea (HSA) masiva. El servicio de

neurocirugía descarta tratamiento quirúrgico. Se habla con la familia para indicarles el infausto pronóstico comentándoles la posibilidad de ingreso en la unidad para manejo como PDO, en espera de que se produzca la ME. La familia acepta el ingreso.

La familia se compone de la esposa y la hija de ambos. Están acompañadas por las dos hermanas del paciente. La hija ha llamado a su marido.

A la mañana siguiente, y tras empeoramiento en la situación del paciente, se realizan exploraciones de confirmación de ME, confirmándose la muerte del paciente. Se comunica a la familia y deciden que se continúe con el proceso.

### **3.2.- Valoración de la familia**

La familia está compuesta por la mujer del fallecido, de 56 años, y la hija de ambos, de 30 años. La hija está casada y vive cerca de sus padres (en el piso de al lado). El marido de la hija se muestra muy preocupado tanto por su mujer como por su suegra, ya que sabe lo unidas que estaban a su suegro. Las hermanas del fallecido están muy apesadumbradas ya que a finales de verano había fallecido su madre.

Se trata por tanto de la familia de un paciente ingresado en la UCI a quienes se les ha notificado, tras la realización de pruebas diagnósticas e instrumentales, la muerte de su familiar.

En ese momento de dolor, en el que les ha comunicado una de las noticias más terribles, en un acto de extremada generosidad, han aceptado continuar con el proceso de donación de órganos y, por tanto, hasta que se inicie la extracción quirúrgica, el cadáver de su familiar permanecerá en la UCI hasta que éste sea trasladado a quirófano.

Aunque se trata de un tiempo corto (varias horas), la intensidad de los sentimientos hace que sea un período especialmente sensible en el que se debe de tener en consideración y respetar las expresiones de dolor de los familiares, ya que éstos aparte de haber realizado uno de los actos supremos de generosidad, han aceptado también donar su tiempo de velatorio, el cual se iniciará en nuestra UCI.

Para realizar una valoración de la familia, se utilizará el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, indicándose aquellas alteradas, para posteriormente indicar los diagnósticos de enfermería relacionados, empleando la taxonomía enfermera NANDA-NOC-NIC



### **Necesidades alteradas:**

Necesidad 10: Comunicarse con los semejantes (en inglés: *communicate with others in expressing emotions, needs, fears or opinions*): puede existir una sensación de no comprender cómo ha podido llegar a pasar este desgraciado suceso.

Necesidad 11: Reaccionar según las propias creencias y valores (en inglés: *worship according to one's faith*): puede estar alterada la capacidad de la familia para explorar, conocer, y promover, sus propios principios, valores, y creencias.

Diagnósticos de enfermería relacionados:

- 1- Afrontamiento familiar comprometido (00074)
- 2- Ansiedad (00146)
- 3- Duelo (00136)
- 4- Procesos familiares, interrupción de los (00060)

### **Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones:**

#### **1- Afrontamiento familiar comprometido (00074)**

**Definición:** la persona que habitualmente brinda el soporte principal (un miembro de la familia o amigo íntimo) proporciona en este caso, un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente que puede ser necesario para que la familia maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud

#### **Resultados (NOC):**

1302- Afrontamiento de problemas

#### **Intervenciones (NIC):**

5270- Apoyo emocional

5420- Apoyo espiritual

5240- Asesoramiento

5310- Dar esperanza

5820- Disminución de la ansiedad

5290- Facilitar el duelo

5300- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa

5230- Mejorar el afrontamiento

5340- Presencia

**Actividades:**

- Mantener una postura abierta, sin emitir juicios de valor
- Tranquilizar a la familia respecto a la legitimidad de los sentimientos
- Valorar la comprensión de la familia de la situación que están viviendo
- Utilizar un enfoque sereno.
- Ayudar a identificar la información que más les interese obtener.
- Proporcionar información objetiva.
- Alentar una actitud realista como forma de manejar los sentimientos.
- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
- Favorecer la expresión de sentimientos sin juzgarlos

**2- Ansiedad (00146)**

**Definición:** Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

**Resultados (NOC):**

- 1302- Afrontamiento de problemas
- 1402- Autocontrol de la ansiedad
- 0905- Concentración
- 1211- Nivel de ansiedad

**Intervenciones (NIC):**

- 5270- Apoyo emocional
- 5820- Disminución de la ansiedad
- 5230- Mejorar el afrontamiento
- 5880- Técnica de relajación

**Actividades:**

- Valorar el nivel de ansiedad (Figura 2)
- Animar a la expresión de sentimientos
- No minimizar la situación ni tratar de consolar a la familia con frases hechas
- Mantener una actitud imparcial, sin emitir opiniones ni juicios de valor sobre lo apropiado o no de su conducta.
- Ayudar a la familia a explicar los sentimientos que experimenta y las conductas que adopta frente a ellos.
- Explicar los cuidados y actividades programadas al fallecido
- Explicar las normas y funcionamiento de la UCI
- Fomentar, si así lo desea la familia, la participación en los cuidados del fallecido.
- Utilizar un enfoque sereno que proporcione seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva de la familia sobre la situación.
- Proporcionar información objetiva
- Escuchar con atención.
- Animar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Crear ambiente que facilite la confianza.
- Ayudar a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad.
- Instruir sobre técnicas de relajación.
- Valorar la comprensión de la familia del proceso
- Utilizar un enfoque sereno.
- Ayudar a la familia a identificar la información que más le interese obtener.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Ayudar a la familia a que se exprese y trabaje por la pérdida del ser querido.

### **3- Duelo (00136)**

Definición: complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

#### **Resultados (NOC):**

2600- Afrontamiento de los problemas de la familia

1302- Afrontamiento de problemas

1304- Resolución de la aflicción

#### **Intervenciones (NIC):**

5420- Apoyo espiritual

5270- Apoyo emocional

5240- Asesoramiento

4920- Escucha activa

5290- Facilitar el duelo

5230- Mejorar el afrontamiento

#### **Actividades:**

- Ayudar a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con la familia y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Tener presente en todo momento que afrontar una pérdida es una tarea de desarrollo de todos los seres humanos.
- Normalizar lo que la familia siente y piensa: asegurar que en su situación es normal experimentar emociones y sentimientos intensos.
- Esperar que cada miembro de la familia se sienta afectado de manera distinta en función de su personalidad, edad, experiencias previas, base cultural y religiosa, y relaciones con el familiar fallecido.

- Procurar un entorno seguro, tranquilo y privado que favorezca la intimidad y la expresión de sentimientos (en el caso de que no se disponga de boxes aislados, proporcionar biombos para asegurar un entorno íntimo)
- Brindar compañía cuando la familia lo desee, sin imponer una presencia no deseada.
- Respetar y apoyar en todo momento las creencias y valores personales que resulten de ayuda para superar la pérdida, intentando contactar con el consejero espiritual más adecuado a las creencias religiosas de la familia.

#### 4- **Procesos familiares, interrupción de los (00060)**

Definición: cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar

##### **Resultados (NOC):**

2600-Afrontamiento de los problemas de la familia

2601-Clima social de la familia

2608-Resiliencia familiar

##### **Intervenciones (NIC):**

7140- Apoyo a la familia

5270- Apoyo emocional

5250- Apoyo en la toma de decisiones

5420- Apoyo espiritual

5240- Asesoramiento

7100- Estimulación de la integridad familiar

5290- Facilitar el duelo

8340- Fomentar la resiliencia

7130- Mantenimiento de procesos familiares

5230- Mejorar el afrontamiento

##### **Actividades:**

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Determinar la comprensión familiar del suceso.
- Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia.

- Proporcionar intimidad a la familia.
- Informara los miembros de la familia de que la utilización de expresiones típicas de afecto en un entorno hospitalario es segura y aceptable
- Mantener una actitud de escucha activa y de imparcialidad; transmitir la comprensión de la situación y de su impacto sobre la estructura familiar sin emitir juicios de valor respecto a ella.
- Permitir y estimular la expresión de sentimientos.
- Fomentar la comunicación de los miembros de la familia entre sí.

#### **4.- CONCLUSIONES**

- Se debe tener en consideración que la estancia en UCI de un ser querido rompe la rutina familiar.
- La comunicación de la muerte de un ser querido, es una de las peores notificaciones que una persona puede recibir.
- La donación de órganos es un acto de extrema generosidad. Del dolor de una familia puede surgir el alivio de otras muchas.
- La entrevista familiar para la donación de órganos, es una pieza clave para que el proceso pueda seguir adelante.
- La estancia en UCI del PDO plantea un reto al personal de enfermería, ya que se pasa de cuidar a un paciente, a todos los posibles receptores de los órganos que puedan ser donados.
- La familia del PDO inicia su duelo en la propia UCI, por lo que el personal de enfermería debe de contar con herramientas para saber hacer frente a este tipo de situaciones con alta carga emocional.
- Durante la estancia de la familia del PDO en la UCI, la actitud del personal sanitario debe ser seria y respetuosa.
- Establecer un plan de cuidados dirigido a la familia del PDO, puede ayudar a la enfermera a saber actuar ante las posibles reacciones de una familia.

- Se debe procurar crear un espacio en el que se respete la intimidad de la familia que está velando a su familiar fallecido, así como la libre expresión de sentimientos.
- Acompañar a la familia del PDO y estar disponibles para ellos, genera un clima de confianza que reduce las posibles dudas con respecto al proceso de donación.
- Normalizar la expresión de sentimientos de la familia, puede ayudar a iniciar un proceso de duelo terapéutico.
- La donación de órganos puede ayudar a las familias a superar el duelo.
- Deberíamos manifestar en vida de nuestra voluntad de donar.

## **5.- BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Bernal-Ruiz D, Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería Universitaria* 2014; 11 (4): 154-163.
- 2- Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012; 23(2): 51-67
- 3- Hidalgo Fabrellas I et al. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 2007; 18(3):106-14
- 4- Escudero D. Diagnóstico de muerte encefálica. *Med Intensiva*. 2009; 33(4):185-95
- 5- Caballero F, Matesanz R. Manual de donación y trasplante de órganos humanos. 2015. Disponible en [www.coordinaciontrasplantes.org](http://www.coordinaciontrasplantes.org)
- 6- Real Decreto 1723/2012, de regulación de las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. BOE 313.29 de diciembre de 2012:89315-48.
- 7- Lilo-Crespo M, Gironés-Guillem P, Sierras-Davó MC, Riquelme-Galindo J. y Domínguez-Santamaría JM. Aproximación fenomenológica al significado e impacto de la donación de órganos en la familia. *Aquichan*. 2017; 17(1):18-29. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.1.3

- 8- Gómez Marinero P, Santiago Guervós C. Familia y donación de órganos. Coordinación autonómica de trasplantes de la Comunidad Valenciana. Cuarta edición-2007.
- 9- Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Guía de Buenas Prácticas en el proceso de donación de órganos. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Disponible en [www.ont.es/publicaciones](http://www.ont.es/publicaciones)
- 10- Organización Nacional de Trasplantes (ONT) Manual del curso de comunicación en situaciones críticas: influencia en el proceso de donación. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- 11- Martínez Sesma A, Zabalza Olo M. Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. *Enferm Intensiva* 2001; 12(1): 10-20
- 12- Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edición. Madrid: Mosby. 2018
- 13- Carpenito L.J. Manual de diagnósticos enfermeros. 15ª Edición. Barcelona: Wolters Kluwer. 2017
- 14- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª edición. Madrid: Elsevier. 2007
- 15- Luis Rodrigo M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª Edición. Barcelona: Masson. 2013
- 16- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª Edición. Madrid: Mosby. 2018
- 17- NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2018-2020. Undécima edición. Madrid: Elsevier. 2018
- 18- Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica* 2002. 118(13): 493-9. Disponible en: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala\\_de\\_ansiedad\\_de\\_hamilton.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf)



## 6.- ANEXOS

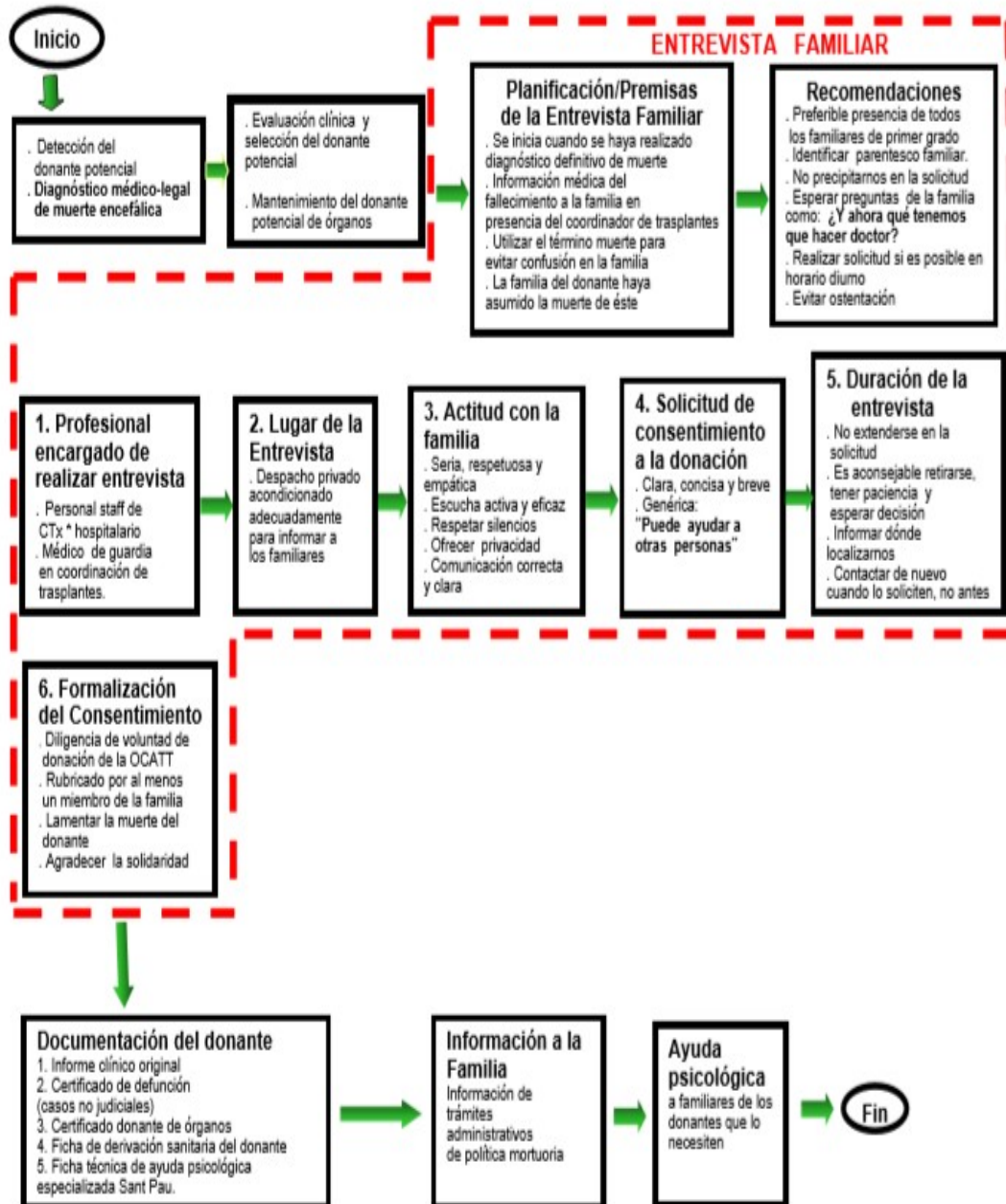
Tabla 1

<b>Tabla 1. FASES DEL PROCESO DE OBTENCIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE DE PACIENTES FALLECIDOS EN MUERTE ENCEFÁLICA</b>	
<b>Fases (Ref. 1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Detección del donante potencial de órganos.</li> <li><input type="checkbox"/> Planteamiento de la opción de la donación de órganos en pacientes neurocríticos graves que ingresan por el servicio de Urgencias Generales</li> <li><input type="checkbox"/> Diagnóstico médico-legal y certificación de la muerte encefálica.</li> <li><input type="checkbox"/> Evaluación clínica y selección del donante de órganos (Historia clínica y social y exploración física).</li> <li><input type="checkbox"/> Mantenimiento del donante.</li> <li><input type="checkbox"/> Solicitud de consentimiento informado a la donación a la familia del paciente fallecido.</li> <li><input type="checkbox"/> Solicitud de autorización judicial (en los casos judiciales exclusivamente)</li> <li><input type="checkbox"/> Oferta y distribución de órganos para trasplante (OCATT / ONT)-Asignación de hospitales y de equipos extractores-trasplantadores</li> <li><input type="checkbox"/> Organización y control de la extracción de órganos en quirófano.</li> <li><input type="checkbox"/> Control de la autopsia del donante después de finalizar la extracción de órganos (si procede).</li> <li><input type="checkbox"/> Control de la restauración estética del donante postextracción de órganos.</li> <li><input type="checkbox"/> Gestión y control del traslado del donante (correctamente identificado) a la morgue del hospital y/o al Instituto de Medicina Legal (IML) correspondiente (si procede).</li> <li><input type="checkbox"/> Trazabilidad de los órganos obtenidos de los donantes para trasplante.</li> </ul>
<b>Detección de donantes potenciales de órganos (DPO)</b>	La detección de los DPO (personas fallecidas en ME y conectados a ventilación mecánica) es realizada por el equipo staff de CTx con visitas matutinas y vespertinas diarias (días laborables) por el área de críticos, servicio de Urgencias Generales y salas de hospitalización. En otras ocasiones (mayoritariamente fines de semana y festivos) la detección es realizada por diferentes profesionales (médicos de Urgencias, médicos intensivistas, cardiólogos, neurólogos, neurocirujanos, pediatras) con aviso telefónico a CTx, activación de la logística del proceso de donación e incorporación de un médico y una enfermera de guardia en CTx una vez completado el diagnóstico de la muerte encefálica (1).
<b>Consideraciones sobre el diagnóstico clínico de la muerte encefálica</b>	Hay criterios médicos claros que pueden ser utilizados de forma fiable y reproducible para determinar que se ha producido la muerte. Si los estándares profesionales se siguen correctamente, no hay falsos positivos (2).
<b>Consideraciones sobre las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico de muerte encefálica</b>	<p>La prueba instrumental ideal es aquella sin falsos positivos o que no es artefactuada en presencia de sustancias y/o fármacos depresores del SNC o por alteraciones metabólicas graves, que puede valerse por sí misma como una prueba confirmatoria, y que es de fácil acceso, de fácil aplicación, fidedigna y segura. Las pruebas de perfusión cerebral satisfacen estos criterios (3).</p> <p>Los estudios que evalúan el flujo sanguíneo cerebral con radiofármacos (ej. <math>^{99m}\text{Tc}</math> HMPAO o <math>^{99m}\text{Tc}</math>-ethylcysteinate) han sido aceptados oficialmente como prueba válida de la perfusión cerebral (4).</p> <p>La gammagrafía de perfusión cerebral es un método comúnmente utilizado para determinar la parada circulatoria cerebral (5). Esta técnica puede confirmar la muerte cerebral (6).</p> <p>La documentación electroencefalográfica de silencio electrocerebral y la ausencia de flujo sanguíneo cerebral (por estudios que evalúan el flujo sanguíneo cerebral con radiofármacos) se pueden considerar las dos pruebas preferidas para apoyar el diagnóstico clínico de muerte cerebral en bebés y niños (7), y en adultos (8). La interpretación de cada una de estas pruebas requiere experiencia (8).</p>
<b>Bibliografía</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Francisco Caballero, Jesús Leal, Mireia Puig, Josep Ris, Salvador Benito. Protocolos y Procedimientos de Coordinación de Trasplantes-Servicio de Urgencias Generales. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau 2013, Barcelona.</li> <li>2. Magnus DC, Wilfond BS, Caplan AL. Accepting brain death. N Engl J Med 2014; 370: 891-4.</li> <li>3. Young GB, Lee D. A critique of ancillary tests for brain death. Neurocrit Care 2004; 1: 499-508.</li> <li>4. Young GB, Shemie SD, Doig CJ, Teitelbaum J. Brief review: the role of ancillary tests in the neurological determination of death. Can J Anaesth 2006; 53: 620-7.</li> <li>5. Donohoe KJ, Frey KA, Gerbaudo VH, Mariani G, Nagel JS, Shulkin B. Procedure guideline for brain death scintigraphy. J Nucl Med 2003; 44: 846-51.</li> <li>6. Jolepalem P, Balon HR. The role of scintigraphy in confirmation of suspected brain death. J Nucl Med Technol 2013; 41: 306-7.</li> <li>7. Nakagawa TA, Ashwal S, Mathur M, Mysore M; Society of Critical Care Medicine, Section on Critical Care and Section on Neurology of American Academy of Pediatrics; Child Neurology Society. Clinical report—Guidelines for the determination of brain death in infants and children: an update of the 1987 task force recommendations. Pediatrics 2011; 128: e720-40.</li> <li>8. Wijdicks EF, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM; American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2010; 74: 1911-8.</li> </ol>

Tomado de Caballero F, Matesanz, R. Manual de donación y trasplante de órganos humanos. 2015.  
 Disponible en [www.coordinaciontrasplantes.org](http://www.coordinaciontrasplantes.org)

Figura 1

# ALGORITMO ENTREVISTA FAMILIAR DE SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE



Tomado de Caballero F, Matesanz, R. Manual de donación y trasplante de órganos humanos. 2015.  
Disponible en [www.coordinaciontrasplantes.org](http://www.coordinaciontrasplantes.org)

Figura 2

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4

<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

Disponible en: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala\\_de\\_ansiedad\\_de\\_hamilton.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf)

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

**Instrucciones para el profesional:** Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.